FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

# THÈSE

N° 261

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 21 mars 1900, à 1 heure*

Par ALFRED BLANC

Né à Lacroisille (Haute-Vienne) le 2 juillet 1873

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'OCCLUSION INTESTINALE

## PAR BRIDES

*Président :* M. TILLAUX, *professeur.*

*Juges* MM. KIRMISSON, *professeur.*
REMY et LEGUEU, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

261

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 21 mars 1900, à 1 heure*

Par ALFRED BLANC

Né à Lacroisille (Haute-Vienne) le 2 juillet 1873

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'OCCLUSION INTESTINALE

## PAR BRIDES

*Président :* M. TILLAUX, *professeur.*

*Juges* { MM. KIRMISSON, *professeur.*
REMY et LEGUEU, *agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen.** | M. BROUARDEL |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | FARABEUF. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ROUCHARD. |
| Pathologie médicale | DEBOVE. HUTINEL. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils | TERRIER. |
| Matière médicale et pharmacologie | POUCHET. |
| Thérapeutique | LANDOUZY |
| Hygiène | PROUST. |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | N..... |
| Pathologie expérimentale et comparée | CHANTEMESSE |
| Clinique médicale | POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY |
| Maladie des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | FOURNIER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX. |
| Clinique ophthalmologique | PANAS. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |

**Agrégés en exercice.**

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ACHARD | DESGREZ | LEJARS | THIROLOIX |
| ALBARRAN | DUPRÉ | LEPAGE | THOINOT |
| ANDRE | FAURE | MARFAN | VAQUEZ |
| BONNAIRE | GAUCHER | MAUCLAIRE | VARNIER |
| BROCA (Aug.) | GILLES DE LA TOURETTE | MENÉTRIER | WALLICH |
| BROCA (André) | HARTMANN | MERY | WALTHER |
| CHARRIN | LANGLOIS | ROGER | WIDAL |
| CHASSEVANT | LAUNOIS | SEBILEAU | WURTZ |
| DELBET | LEGUEU | TEISSIER | |
| | | THIERY | |

*Chef des Travaux anatomiques* : M. RIEFFEL.

---

Par délibération en date du 9 décembre 179[illegible], l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'OCCLUSION INTESTINALE

## par brides

---

### AVANT-PROPOS

Avant d'exposer notre modeste travail, il est de notre devoir de remercier nos maîtres de Limoges et de Paris, qui nous ont toujours guidé dans nos études médicales avec bienveillance et dévouement.

Nous avons gardé le meilleur souvenir de nos maîtres de l'école de Limoges : MM. Chénieux, Boulland, Lemaistre, Thouvenet. Nous leur sommes très reconnaissant de leurs bons enseignements.

Il y a quelques mois, nous avons appris la mort de notre premier maître à Paris, Monsieur

le Docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu. Cette nouvelle nous a causé une émotion pénible et douloureuse. C'est avec respect que nous rendons hommage à la mémoire de cet homme de bien.

Nos connaissances médicales se sont étendues par la fréquentation des divers services de médecine et de chirurgie, notamment de ceux de MM. les professeurs Tillaux, Duplay et Dieulafoy.

Nous adressons nos vifs remercîments à M. le Dr Walther, pour l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli dans son service et nous a permis de prendre l'observation qui fait le sujet de notre thèse.

Enfin, nous remercions de grand cœur M. le Professeur Tillaux, de l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

# INTRODUCTION

Les étranglements internes par brides ne sont pas très rares, et si nous en faisons le sujet de notre thèse, c'est que l'observation qui constitue la base de ce travail présente des particularités cliniques très intéressantes.

Les brides qui étranglent l'intestin peuvent être congénitales ou accidentelles. Les brides congénitales résultent fréquemment de la persistance de quelques débris des vaisseaux omphalo-mésentériques. Pour beaucoup de brides accidentelles, il n'y aurait pas d'autre origine à invoquer d'après Fitz qui insiste beaucoup sur la fréquence des brides congénitales. Il n'en reste pas moins vrai que les brides accidentelles sont fréquentes ; elles résultent le plus souvent, comme le fait remarquer Jalaguier, d'inflammations localisées du péritoine, qui sont le plus souvent des pelvi-péritonites, et aussi, mais plus rarement, des périty phlites et des appendicites.

Accidentelles ou congénitales, les brides sont

courtes ou longues. Les brides courtes adhèrent par leurs deux extrémités soit à deux points voisins de la paroi abdominale, soit à deux anses intestinales. Elles peuvent encore « s'étendre de l'intestin à l'abdomen, du mésentère à l'utérus ; de l'épiploon au péritoine ; de l'appendice iléo-cœcal à une anse intestinale, d'un diverticulum intestinal à la paroi abdominale », de manière à constituer, suivant l'expression de Jalaguier, une sorte de pont sous lequel une anse vient s'engager. Les brides longues peuvent s'enrouler autour de l'intestin.

Dans certains cas, au contraire, c'est l'intestin qui s'enroule ou qui se coude sur la bride à laquelle il est comme suspendu. Suivant Trèves, la plupart de ces brides sont des cordons fibreux, du volume d'une sonde n° 4 ou n° 6 ; cependant Terrier a fait la laparotomie pour un cas, dans lequel la bride avait le volume du petit doigt.

Quelquefois on ne trouve qu'une bride ; d'autres fois, on en rencontre plusieurs et cela n'a rien de surprenant lorsqu'on se rappelle leur étiologie.

Les brides déterminent un arrêt du cours des matières intestinales par compression étroite. Leur mode d'action se rapproche ainsi de celui des diverticules, des anneaux accidentels et des hernies internes.

### Caractères habituels des étranglements internes par brides.

Quand elles étranglent une ou plusieurs anses d'intestin, les brides donnent habituellement au tableau de l'occlusion intestinale aiguë.

Quelques troubles digestifs peuvent précéder l'apparition des accidents ; mais le plus souvent le début est brusque.

Le malade éprouve tout à coup « une douleur vive, parfois déchirante et atroce dans un point de l'abdomen ; presque aussitôt se montrent des nausées, puis des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes. Le visage pâlit et s'altère, les traits se tirent, les yeux s'excavent, le nez s'amincit et s'effile, le pouls devient petit et fréquent, la température reste normale ou s'abaisse. La constipation est complète, soit dès le début, soit après une ou deux évacuations ; l'émission des gaz par l'anus fait absolument défaut. Le ventre, souvent rétracté, au premier moment, se ballonne après 24 ou 36 heures. Les phénomènes de dépression s'accentuent, l'angoisse est inexprimable, la voix s'éteint ; aux vomissements s'ajoute un hoquet persistant ; le corps

se couvre de sueurs froides, l'hypothermie est extrême et le malade succombe, en conservant, le plus souvent, son intelligence intacte jusqu'à la fin ».

Tel est le tableau, non pas invariable mais enfin habituel, classique, de l'occlusion intestinale aiguë. Ce tableau se retrouve dans les occlusions aiguës, quelle qu'en soit la cause, volvulus, bride, diverticule, etc.

Y a-t-il cependant quelques signes qui appartiennent plus particulièrement à l'étranglement par bride ?

Si l'on interroge bien les antécédents de son malade, on découvre souvent des signes non douteux d'une ou de plusieurs poussées de péritonite antérieure. Cette constatation est de la plus haute importance, car, nous avons eu l'occasion de le dire précédemment avec Jalaguier, les brides accidentelles relèvent le plus souvent d'inflammations localisées du péritoine. Donc, en présence d'un malade, qui présente les signes d'une occlusion intestinale aiguë et dans l'histoire duquel on retrouve ces poussées de péritonite on doit toujours songer à la possibilité d'un étranglement par bride.

Quant aux symptômes proprement dits de l'occlusion aiguë par brides, ils sont à très peu près ceux que nous venons de résumer dans la description précédente.

Comme il arrive ordinairement dans tous les

étranglements étroits, (brides, diverticules, anneaux accidentels, hernies intenses, etc.), les symptômes ont cependant une acuité extrême ; la douleur est habituellement brusque et continue sous forme de coliques atroces ; il existe peu de sensibilité à la pression ; les vomissements surviennent et sont promptement fécaloïdes ; puis c'est le collapsus rapide et profond, avec anurie à peu près absolue.

Suivant Trèves, l'étranglement par bride est surtout caractérisé par la grande faiblesse musculaire, par l'aspect horriblement anxieux du visage qui est contracté par la douleur.

Les deux observations suivantes sont assez nettes. On verra qu'avec les données que nous venons de résumer, on pouvait faire assez facilement le diagnostic d'oclusion intestinale aiguë ; de plus, l'extrême acuité des symptômes, et surtout les antécédents de péritonite permettaient de songer à un étranglement par bride.

### Observation I

**Etranglement interne par bride. Laparotomie, sphacèle et perforation de l'intestin. Mort. (G. Girode. Société anatomique, 1896).**

La nommée E..., Louise, âgée de 37 ans, savonneuse, entre le 22 janvier, à cinq heures du soir à l'hôpital

Beaujon, salle Sainte-Claire, lit n° 9, dans le service de M. le Docteur Guyot.

Réglée à 16 ans, menstruation toujours régulière, quatre grossesses, la dernière il y a cinq ans, accouchements et suites de couches normaux.

Il y a 15 mois, accidents abdominaux, douleurs de ventre, tuméfaction surtout sous-ombilicale, vomissements, diarrhée, fièvre et grand malaise. La malade entre à Beaujon dans le service de M. Millard qui diagnostique une péritonite subaiguë et qui fait deux ponctions. La première ponction donne issue à neuf litres de liquide rosé, la deuxième ponction à un litre environ de liquide brunâtre. La malade sort en bon état au bout de cinq semaines de séjour à l'hôpital et depuis elle a eu une bonne santé continue.

Le mardi 18 janvier 1887, après déjeuner, au moment où la malade se levait pour verser le café, douleur subite dans le ventre, intense, syncopale. On porte la malade sur un lit. Après un quart d'heure, vomissements alimentaires, qui se continuent à de courts intervalles dans la journée, deviennent bilieux le soir et le lendemain et prennent dès le jeudi soir un caractère fécaloïde avec odeur infecte et dégoût horrible. En même temps, suppression absolue de toute évacuation des matières et des gaz par l'anus. Urines très rares les premières 24 heures, plus rares encore depuis, mais avec envies fréquentes et dysurie. Les douleurs, d'abord apparues au niveau de la région ombilicale se généralisent. La malade prenant de plus en plus un aspect cholérique, on l'apporte à Beaujon le samedi soir.

*Etat de la malade à six heures* — Décubitus dorsal immobile, jambes un peu fléchies. Facies abdominal extrêmement prononcé. Yeux cernés et très excavés, cornées ternes, nez pointu et froid. Narines pulvérulentes, lèvres sèches et violacées, extrémités bleuâtres et froides, pouls très petit à 120. Perte d'élasticité de la peau. Respiration gênée et superficielle, voix à peine modifiée dans son timbre, température axillaire à 37°. Le ventre est tuméfié, notablement et à peu près régulièrement, un peu plus saillant sur la ligne médiane. Les anses intestinales se dessinent légèrement à la région ombilicale. A la palpation, on constate une rénitence générale modérée, une douleur exquise à la pression de l'ombilic, moins marquée dans les flancs. La sonorité tympanique est générale, plus vague à la région sus-pubienne et dans les fosses iliaques. La douleur spontanée est plus faible que les jours précédents et les explorations sont relativement peu pénibles. Les vomissements fécaloïdes sont continuels ; la constipation est absolue. On retire avec la sonde 50 grammes environ d'une urine louche. La soif est ardente, l'intelligence est bien conservée, mais il y a de l'anxiété et une sorte d'état anesthésique. On essaie l'électrisation intestinale qui ne donne aucun résultat. On mande alors le chirurgien de garde ; M. Quénu arrive et décide de pratiquer une laparotomie.

*Opération.* — Incision médiane de douze centimètres environ. Difficulté à entamer le péritoine pariétal qui est adhérent. Dès que l'abdomen est ouvert, issue d'anses intestinales très distendues, violacées, recouvertes

et tendant à être agglutinées par de fausses membranes de péritonite. Par l'angle inférieur de la plaie, issue d'un peu de liquide brunâtre, sanguinolent, non fécaloïde. En suivant l'une des anses intestinales distendues, on ne tarde pas à tomber, un peu à droite de la ligne médiane, au niveau de la partie inférieure de la région ombilicale, sur une bride oblique en bas et à droite, qui est la cause de l'étranglement. L'intestin est très affaissé au-dessous, très dilaté au-dessus. Dans cette région, pas de travail inflammatoire plus exagéré, ni d'épanchement de matières stercorales. La bride est coupée après double ligature. On constate un sphacèle de l'intestin au-dessous de l'étranglement ; ce sphacèle est semi-annulaire.

On fait l'adossement bi-séreux. Toilette du péritoine. Mort de la malade à 7 heures du matin.

### Observation II.

**Obstruction intestinale, chez un homme, à la suite de bride d'ancienne péritonite. MM. Pilliet et Gesland (Société anatomique, mars 1894).**

Homme de 56 ans, entre au mois de février 1896 dans le service de M. Tillaux, salle Trélat, lit n° 17 à la Charité. Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a eu, il y a trois ans, une péritonite qui a été traitée dans le service de M. Landouzy par des lavages d'estomac et des applications de glace.

Le vendredi, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, à 4 h. du soir, le malade est pris brusquement de douleurs, de tranchées au niveau de la région épigastrique, de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux ; en même temps cessation de toute expulsion de gaz et de matières fécales. Le malade dit cependant que, pour les gaz, il croit en avoir rendu quelques-uns. Enfin il présente un hoquet persistant empêchant tout sommeil. Le malade entre à l'hopital le mardi ; on constate une augmentation de volume du ventre, avec tympanisme modéré, les anses intestinales ne se dessinent pas en relief ; pas de douleurs abdominales spontanées.

Les tranchées du début ont disparu, le ventre est un peu sensible à la pression, mais d'une manière supportable, dit le malade. Ce qui le gêne surtout, c'est le hoquet qui est continuel. Depuis vendredi, il n'a pu garder aucune nourriture. Le matin de son entrée, il a eu des vomissements fécaloïdes. Le pouls est bon, il est égal, régulier et la température est un peu au-dessous de la normale, 36° 6.

On porte le diagnostic d'obstruction intestinale et on prescrit un lavage de l'estomac et un lavement électrique.

Le lendemain mercredi, le tableau est tout à fait changé ; le traitement est resté sans résultat ; le malade est affaissé, somnolent ; la respiration est fréquente, le hoquet est moins intense, les vomissements sont plus rares, mais toujours fécaloïdes.

La face est légèrement cyanosée, les yeux excavés,

les extrémités froides. La température est à 36°, le pouls petit, misérable et filiforme. On pense au développement d'une péritonite, on ordonne de la glace sur le ventre et un second lavement électrique. Le malade meurt le jeudi matin.

*Autopsie faite par M. Pilliet, 24 heures après la mort.* — Corps amaigri, ventre tendu et ballonné. A l'incision de l'abdomen un grand nombre d'anses d'intestin grêle s'échappent de la cavité abdominale. Ces anses sont gonflées, de coloration violette, mais sans dépoli et sans adhérences. Lorsqu'on écarte ces premières anses, on trouve que celles qui sont dans le petit bassin se réduisent progressivement de volume et que le gros intestin n'est pas distendu, mais vide et aplati.

C'est sur la paroi postérieure du petit bassin, dans la partie médiane et sur la ligne s'étendant de l'angle sacro-vertébral à l'extrémité inférieure du rectum, que l'on rencontre les lésions causales de l'obstruction intestinale. On rencontre en effet en descendant une anse d'intestin grêle vide et coudée en forme de V, à pointe inférieure appliquée contre le promontoire et fixée dans cette position par deux brides latérales gauches, membraneuses et résistantes, qui vont s'attacher à une anse d'intestin grêle placée au-dessous. La coudure n'est pas produite par ces deux brides, mais par une troisième qui part de l'extrémité inférieure du pli intestinal, descend passer au-dessous de l'anse inférieure et remonte ensuite à gauche pour recevoir les deux premières brides. De là, elle va se

perdre en éventail sur la paroi inférieure du rectum. Ces trois brides fixant l'intestin grêle à une coudure immuable sont donc des reliquats évidents de péritonite antérieure mentionnée en clinique.

On peut donc dans certains cas, faire assez facilement le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë et sinon affirmer, du moins penser, avec quelques raisons, à la présence d'une bride comme agent d'étranglement.

Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

« On voit, dit Jalaguier, des malades qui meurent d'étranglement interne, sans avoir présenté ni douleur, ni météorisme, et après avoir eu seulement des vomissements, avec suppression des selles et des gaz. Chez d'autres, les vomissements sont rares, ou bien ils se suspendent pendant un temps plus ou moins long. Quelquefois, après les premiers accidents, on observe une amélioration trompeuse ».

De ce que l'on constate habituellement des symptômes extrêmement accusés, extrêmement intenses dans l'étranglement par bride, on pourrait croire que les réflexions précédentes ne leur sont pas applicables ; il n'en est rien.

Avant d'aborder la malade dont l'histoire constitue la base de ce travail, nous allons rapporter ici deux observations qui sont très probantes à cet égard.

## Observation III

**Etranglement interne par bride avec occlusion intestinale aiguë incomplète, par Potier, interne des hôpitaux (Société anatomique, avril 1892)**

Le nommé P.., Lucien (26 ans) chauffeur à la Compagnie de l'Ouest, entre le 25 mars 1892 salle Bouley, lit n° 27, dans le service du Docteur Rigal, à l'hôpital Necker.

Cet homme n'a fait aucune maladie antérieure et n'a aucun antécédent morbide héréditaire.

Le lundi 21 mars, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris brusquement, à 10 heures du soir, d'une douleur violente dans le ventre. Il avait travaillé toute la journée sans avoir rien ressenti. Dans la nuit, des coliques violentes se produisent, accompagnées de vomissements alimentaires. Le médecin appelé prescrit une potion calmante, des cataplasmes laudanisés et un purgatif.

Le mercredi, trois selles diarrhéiques assez abondantes se produisent. Le jeudi, hoquet, puis vomissements verdâtres mais non fécaloïdes. Le ventre commence à se ballonner. Le vendredi, le malade arrive à l'hôpital. Il se plaint de douleurs diffuses dans toute la région abdominale. Le ventre est tendu et un peu dur. Les traits du visage ne sont pas tirés, le pouls

est plein. Les extrémités ne sont pas refroidies. Il y a du hoquet. Le malade raconte qu'il n'a pas été à la selle et qu'il n'a pas rendu de gaz depuis l'avant-veille.

Il nous dit qu'il a éprouvé les mêmes symptômes i y a quatre ans, et que ces symptômes ont disparu subitement. Dans la soirée, des vomissements bilieux se produisent.

L'existence antérieure des mêmes accidents, le peu d'intensité des symptômes généraux, alors que le début des phénomènes actuels datait de cinq jours, nous font opiner pour le diagnostic de pseudo-étranglement, probablement d'origine nerveuse.

Des injections de morphine sont prescrites, puis un lavement purgatif. Le 27 mars, deux jours après l'entrée du malade, des selles liquides abondantes se produisent, le ventre est moins ballonné, les vomissements sont de plus en plus rares, mais restent toujours bilieux; l'état général est bon. Toutefois, de temps en temps, du hoquet. Le 28, des selles liquides moins abondantes sont encore obtenues après un lavement purgatif.

Le 29 le ballonnement du ventre augmente, les selles ne se reproduisent plus, les vomissements reparaissent.

On pratique un lavement électrique. Dans la nuit quelques selles liquides. Le 30 et le 31 mars, nouveaux lavements électriques, lavage de l'estomac afin de provoquer, par voie réflexe, les contractions de l'intestin.

Quelques selles toujours liquides sont encore rendues.

Mais les forces du malade s'épuisent, les traits du

malade commencent à être grippés. Par moment, se produit un peu de délire. Le pouls reste bon, fort, il n'y a pas de refroidissement des extrémités.

Toutefois, du 28 mars au 1er avril, on constate au thermomètre un léger abaissement de température qui oscille entre 36° et 36° 8.

1er Avril. — Mêmes phénomènes sans exagération notable. La marche lente des symptômes, le calme relatif du malade, la dureté du ventre, le peu de douleur provoquée par la pression de la paroi abdominale, font penser que l'on a affaire à une péritonite évoluant sourdement. Le visage du malade commence à se cyanoser, la respiration est plus pénible. Le 2 avril, M. Lyot pense, vu la lenteur des accidents qui ont débuté il y a onze jours, que l'on se trouve en présence d'une péritonite anormale et qu'en tout cas les phénomènes généraux sont maintenant trop graves pour qu'on puisse intervenir avec succès.

Le 3 avril. — L'oppression augmente, les vomissements sont abondants, restent toujours bilieux et muqueux, le délire est subcontinu. Le 4, le malade meurt, quatorze jours après le début des accidents.

*Autopsie.* — Toutes les anses intestinales sont énormément distendues. Leur surface est injectée. Il y a par place des adhérences qu'on peut facilement détruire entre les anses voisines. Il n'y a pas de traces de péritonite chronique. On voit partir de la paroi abdominale antérieure, sur la ligne médiane, à six centimètres au-dessous de l'ombilic, un cordon résistant, tendu, qui s'enfonce vers la fosse iliaque droite.

Ce cordon, gros comme une plume d'oie, absolument lisse, roulant sous le doigt, détermine à son point de départ de la paroi abdominale une sorte de petite faux du péritoine, à concavité inférieure. Le grand épiploon vient au contact de ce cordon et lui est adhérent. Ce cordon bride les anses d'intestin grêle, qui s'appliquent contre lui, mais il ne détermine nulle part de stricture localisée à une anse et l'on ne voit, sur aucune anse d'intestin, de sillon consécutif à l'impression du cordon. Ce cordon se prolonge vers le mésentère où il va se terminer. Il l'aborde par son bord inférieur, au niveau du point, où l'intestin grêle s'abouche dans le gros intestin. Le cordon se termine dans la mésentère par quatre ou cinq rameaux divergents, dont les uns se portent en haut et dont un autre descend en bas, vers l'extrémité inférieure du cœcum. L'appendice iléo-cœcal est normal. Aucune altération importante n'est constatée dans les autres viscères.

*Réflexions.* — L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans l'évolution excessivement lente de cet étranglement interne causé par une bride traversant toute la cavité abdominale. Cette évolution lente, le fait que des symptômes analogues s'étaient produits quatre ou cinq ans auparavant, sans détriment pour le malade, ont montré l'erreur du diagnostic. La bride qui traversait toute la cavité abdominale et qui a produit l'étranglement nous paraît être d'origine congénitale.

## Observation IV

**Occlusion intestinale sans météorisme et sans douleur abdominale.**
**Fleury (Archives générales de médecine, 1838, 3e série tome I, page 102).**

Le 10 janvier 1836, une fille publique, nommée Marie P..., âgée de 19 ans, fut reçue à l'hôpital Saint-Lazare pour un chancre à la fourchette. On lui prescrivit le traitement ordinaire et pendant huit jours, elle n'offrit aucun symptôme particulier.

Le 16. — La malade se plaignit, à la visite du matin, d'éprouver un malaise général, de la céphalalgie, une soif ardente. La langue est blanche, le pouls normal l'abdomen entièrement indolent à la pression. (Pédiluve sinapisé, lavement émollient).

Le 17. — La malade se plaint de nausées ; elle a eu quelques vomiturition bilieuses ; la langue est toujours blanche, le pouls sans fréquence. (Emétique).

Le 18. — L'administration du vomitif a produit un soulagement marqué ; la malade dit qu'elle se trouve bien et demande à manger. Le ventre, quoique non douloureux, est dur ; depuis trois jours, il n'y a pas eu d'évacuation alvine. On administre plusieurs lavements purgatifs, qui sont rendus aussitôt, sans mélange de matières fécales. Une once et demie d'huile de ricin

est également vomie peu de temps après son introduction dans l'estomac.

Le 20. — La constipation a résisté à tous les moyens auxquels on a eu recours pour la combattre; les vomissements se sont reproduits dans la nuit.

Le 21. — Les vomissements sont fréquents; la malade rejette une matière liquide, jaunâtre, répandant une odeur fécale peu prononcée, mais cependant bien évidente. La face est altérée, le pouls petit, dur, sans fréquence; la constipation persiste; le ventre est toujours parfaitement indolent. Ces symptômes me firent penser qu'il existait un étranglement interne et la nature des vomissements indiquait qu'il devait être situé à la partie supérieure du canal intestinal. (Saignée, bain, huile de ricin, fomentations émollientes sur le ventre).

Le 23. — Même état, les vomissements ont des caractères stercoraux plus marqués; il n'y a toujours ni fièvre, ni sensibilité du ventre; la langue est naturelle, la peau sèche et froide, le pouls faible, le visage profondément altéré. La malade ne peut fournir aucun renseignement sur son état de santé antérieur; elle se rappelle seulement avoir fait, il y a quelques années, une maladie pour laquelle on lui a appliqué un grand nombre de sangsues sur le ventre.

Le 25. — Les vomissements ont cessé; le pouls est insensible; la peau entièrement froide, la cornée trouble. La malade expire dans la nuit.

A l'autopsie, faite 24 heures après la mort, je trouvai une tumeur noire, de la grosseur d'une pomme

d'api, placée immédiatement au-dessous de la paroi abdominale antérieure et formée par une anse superficielle au commencement de l'intestin grêle. Je coupai le tube au-dessus et au-dessous et je portai la pièce à la société anatomique où MM. Cruveilhier, Chassaignac et Giraldès l'examinèrent avec moi. Un stylet très fin ne peut parvenir dans le sac, ni par le bout supérieur, ni par le bout inférieur. Il n'y a ni invagination, ni volvulus et au premier aspect, on ne conçoit pas le mécanisme de l'étranglement. Ce n'est que par une inspection attentive que l'on aperçoit enfin, sur le bord adhérent de l'intestin, une bride celluleuse ronde, très solide, fixée par ses deux extrémités, et formant ainsi une espèce d'arcade sous laquelle une anse intestinale s'est engagée et a subi un étranglement. Il n'existe pas de perforation; pas d'odeur gangréneuse ; les tuniques ont une couleur noire très prononcée, mais elles ne sont que peu altérées dans leur structure.

L'étude des deux observations précédentes témoignent assez de la variété symptomatique de l'occlusion intestinale et par suite, de la difficulté qui en découle pour le diagnostic et le traitement.

L'observation qui va suivre et que nous avons eu l'occasion de prendre avec beaucoup de soin, dans le service de M. Walther, est également très instructive à cet égard.

### Observation V

Thérèse X...,âgée de 12 ans, entre le 24 janvier 1900 à la maison Dubois, dans le service de M, le Dr Walther.

*Antécédents héréditaires.* — Rien d'intéressant à noter.

*Antécédents personnels.* — Coqueluche à 3 ans.

Roséole à 4 ans.

Scarlatine il y a 2 ans.

*Au point de vue digestif*, avait toujours bon appétit, ne vomissait jamais, digérait facilement la nourriture, et allait à la selle très régulièrement tous les jours.

*Du côté des autres appareils*, rien à signaler.

*Histoire de la maladie.* — Depuis cinq ou six mois, cette petite malade était nerveuse, triste ; elle se plaignait d'avoir « mal dans le ventre ». Ces douleurs n'étaient pas continuelles, elles survenaient par crises ; la petite malade, qui est très intelligente et qui répond admirablement à toutes les questions posées, nous dit qu'elle ressentait surtout ces douleurs *du côté droit*. Jamais ces douleurs ne l'ont obligée à s'aliter, jamais non plus elles ne sont accompagnées de vomissements ou de l'arrêt des matières et des gaz.

Le 17 janvier 1900. — La malade a remarqué un peu de constipation ; elle allait à la selle tous les jours, or elle n'eut pas de selle ce jour-là. Le 18, le 19 et le

20 janvier, même remarque; mais pas d'autres accidents, ni vomissements, ni douleurs. A dater du 20 janvier, l'appétit disparaît.

Le 21 janvier 1900. — Vers les cinq heures du soir la malade ressent subitement de violentes douleurs dans le ventre, « c'était comme une barre » nous dit-elle et elle ajoute qu'elle souffrait surtout du côté gauche, tout en ayant aussi un peu de douleur à droite. Vers huit heures du soir, les douleurs s'accompagnent de vomissements, la malade rejette les aliments qu'elle a pris. On lui administre des lavements qui l'auraient faite aller très peu à la selle.

*Nuit du dimanche 21 janvier au lundi.* — Pas de sommeil; la malade éprouve des douleurs vives qui sont surtout marquées du côté gauche de l'abdomen et qui se font aussi ressentir un peu à droite. Elle a trois ou quatre vomissements de bile dans la nuit.

*Journée du lundi 22 janvier.* — La malade est restée au lit; elle ne prend aucune nourriture pendant toute la journée. Elle éprouve toujours de la douleur du côté gauche; les vomissements diminuent. La petite malade ne va pas à la selle; elle n'est pas bien sûre de ne pas avoir quelques gaz.

*Nuit du lundi au mardi.* — Les douleurs sont très vives; la malade nous dit; qu'elle a surtout ressenti ces douleurs à droite et au milieu du ventre. Elle ne prend toujours rien; elle vomit des matières glaireuses.

*Journée de Mardi.* — Douleurs dans tout le bas ventre. La malade a plusieurs vomissements absolu-

ment verts et très épais. Malgré l'administration d'un lavement, elle ne va pas à la selle. Elle ne rend pas de gaz.

*Nuit de mardi à mercredi.* — Un peu de sommeil, pas de douleurs, pas de vomissements, pas de selles ni de gaz.

*Journée de mercredi.* — Dans la matinée, quelques vomissements porracés. Pas trop de douleurs; la petite malade est abattue; elle ne rend pas de selles; elle ne rendrait pas de gaz non plus.

*Entrée à la maison Dubois, dans le service du Dr Walther, le mercredi soir 24 janvier, à trois heures de l'après-midi.*

*Examen de la malade à cinq heures de l'après-midi.* — Température 37° 4.

Pouls, 88, bien frappé.

Facies, bon et tranquille.

Rien à la gorge, ni aux oreilles. Langue sale. A côté de la malade, on aperçoit une cuvette remplie aux trois quarts de vomissements porracés. La malade urine peu; elle ne va pas à la selle et elle ne rend pas de gaz ; « cependant j'ai cru, ajoute-t-elle, en rendre de très légers, hier dans la soirée ». Elle a toute sa connaissance, et elle répond très nettement à toutes les questions. Elle se plaint de souffrir dans le ventre et seulement dans le ventre.

*Examen de l'abdomen. — Inspection.* — L'abdomen n'est pas ballonné du tout ; il parait plutôt en bateau.

*Palpation superficielle.* — Pas de douleur, mais un

peu de sensibilité accusée surtout à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic.

*Palpation profonde.* — Douleur très vive à gauche (sensation de barre) qui est ressentie très vivement aussi au creux épigastrique. Le grand droit à gauche est contracturé. Pas de contracture du muscle grand droit à droite.

Un peu de douleur bien localisée au point de Mac-Burney.

*Percussion.* — Pas de matité. Tympanisme partout; la matité du foie est conservée.

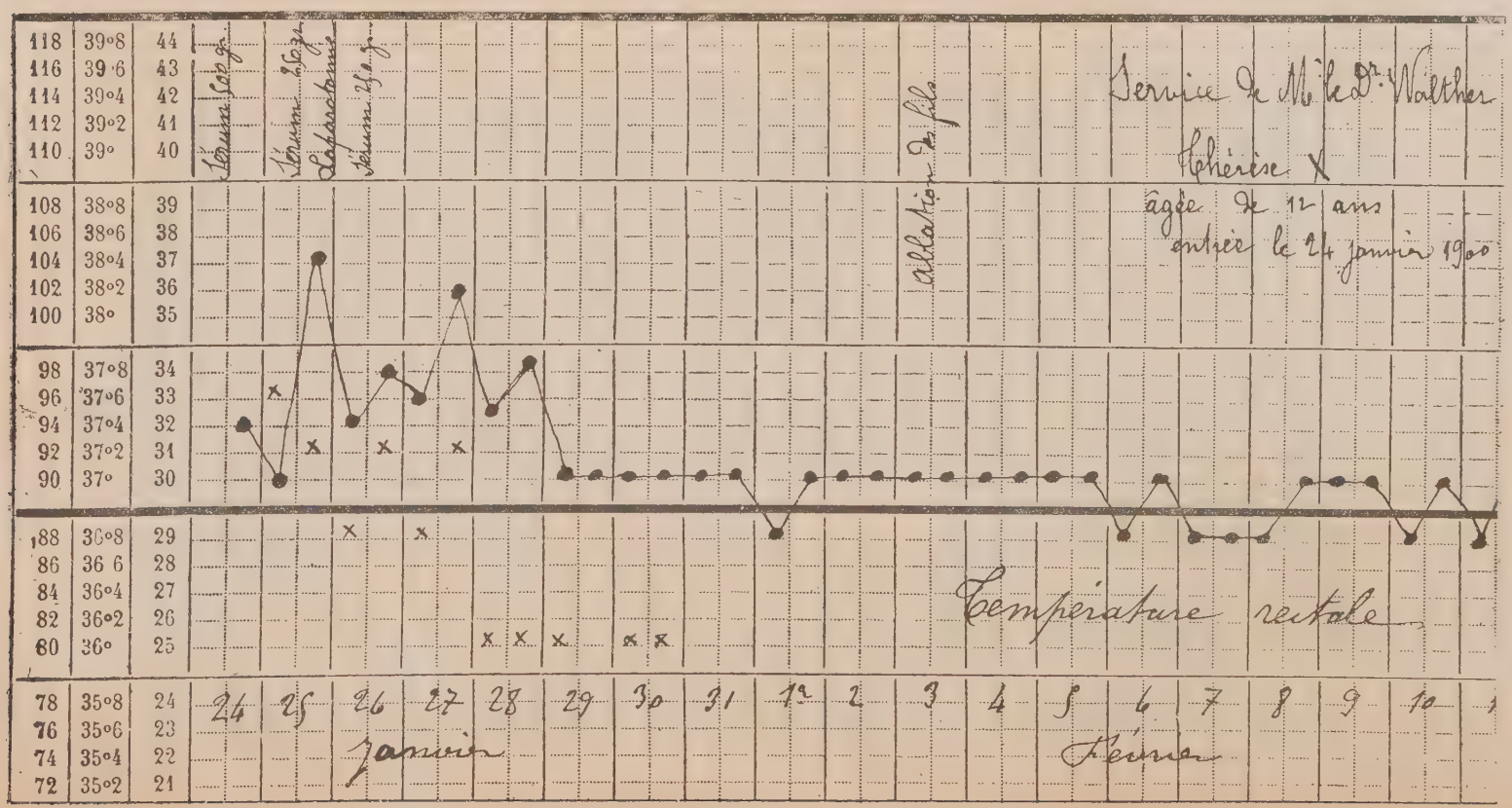
*Examen à neuf heures du soir:* — Ventre souple partout, plus de contracture du grand droit gauche, les douleurs sont moins vives aussi qu'à cinq heures, pas de sensibilité nette à droite : pouls à 90, toujours pas de matières, moins quelques gaz qui viennent d'être rendus.

*Nuit du mercredi au jeudi.* — La malade n'a pas bien dormi, pas de vomissements, mais pas de matières ni de gaz.

*Jeudi matin,* — Température 37°, pouls 96. Toujours pas de gaz. On se décide à une intervention d'urgence.

*Opération.* — Sous le chloroforme on remarque une voussure et un empâtement, à gauche de l'ombilic.

*Laparotomie.* — Une fois la paroi abdominale ouverte, on s'aperçoit que c'est le côlon transverse rempli de matières fécales qui donne cette impression de voussure et d'empâtement dont nous venons de parler. L'intestin grêle est complètement revenu sur lui-même


Service de M. le Dr. Walther
Fléchérese X
âgée de 12 ans
entrée le 24 janvier 1900
Température rectale
Janvier
Février

comme aplati et cela dans toute son étendue jusqu'à l'abouchement de l'instestin grêle dans le cœcum.

On se demande s'il ne s'agit pas d'un étranglement très élevé, duodénal par exemple : on cherche de ce côté, on ne trouve rien. On déroule l'intestin grêle et à un doigt ou deux de l'appendice, on aperçoit une bride fibreuse qui va d'une anse grêle à une autre anse grêle et qui aplatit fortement, mais sans en faire le tour, une anse intermédiaire aux deux anses précédentes,

Cette constatation permet aussitôt de se rendre compte : 1° du passage signalé, les jours précédents, de quelques gaz ; 2° de l'absence de sphacèle de l'intestin que l'on craignait de rencontrer, eu égard à la date déjà relativement éloignée du début de l'accident. Quoi qu'il en soit, on sectionne cette bride et on cherche, par mesure de précaution, l'appendice. On trouve quelques traces de péritonite du cœcum et l'appendice lui-même est un peu rouge, un peu vascularisé. Cette remarque est intéressante, car elle permet de supposer que peut-être une poussée de péritonite périappendiculaire a été l'origine de la bride qui a déterminé l'occlusion intestinale.

*Suites opératoires.* — Le 25 au soir, température 38° 4, pouls 92; la malade a rendu, dans l'après-midi, des gaz, mais pas de matières. Pas de vomissements.

*Vendredi* 26 *janvier.* — La malade va très bien.

*Matin.* — Température 37° 4, pouls 88.

*Soir.* — Température 37°8, pouls 92.

Dans la nuit de vendredi à samedi, une selle assez abondante.

*Samedi* 27 *janvier.* — La malade va bien.

*Matin.* — Température 37°6, pouls 88.

*Soir.* — Température 38°2, le pouls n'a pas été compté, mais il est bon et régulier.

La malade éprouve des maux de tête, quelques coliques et pour la première fois les règles font leur apparition.

D'ailleurs, rien de particulier.

*Dimanche* 28 *janvier.* — Le facies est bon, le pouls régulier, température du matin 37°4 ; celle du soir 37°8.

*Lundi* 29 *janvier.* — Température 37°. Etat général excellent.

La malade se maintient en excellent état de santé les jours suivants ; elle rend des gaz et va à la selle. On enlève les fils le 3 février. Depuis cette époque, rien d'intéressant à signaler. La malade continue à bien se porter et à achever sa convalescence.

*Quels sont les symptômes qui dans cette observation permettraient de penser à l'occlusion intestinale aiguë ?* — Le début brusque par de violentes douleurs dans le ventre, pouvait tout aussi bien se rapporter à une péritonite par perforation. Les vomissements qui sont restés bilieux et qui les deux derniers jours sont devenus porracés, sans avoir jamais été fécaloïdes, rappellent mieux une péritonite qu'une occlusion, bien qu'il ne faille pas attacher une

importance démesurée aux caractères des vomissements et que, comme nous le disons plus loin, les étranglements duodénaux, par exemple, ne s'accompagnent pas de vomissements fécaloïdes. Dans la péritonite par perforation, le ventre est moins ballonné généralement, moins tympanisé que dans l'occlusion ; or il n'y avait pas le moindre ballonnement dans le cas particulier : le ventre était simplement un peu tendu. L'arrêt des gaz n'était pas complet ; la veille même de l'opération, la petite malade en rendait quelques-uns.

Cependant, il n'y avait pas de douleur exquise et étendue à la palpation superficielle. Il n'y avait de matité nulle part, celle du foie était conservée. Le facies était bon et ne rappelait, en rien, le facies péritonitique. Le pouls était bien frappé et ne s'éloignait guère de 90 chez une enfant de 12 ans. « La température, dit Guinard, dans le *Traité de Le Dentu et Delbet*, est souvent infidèle », et il cite un cas où le thermomètre marquait 39°, alors qu'il s'agissait d'une occlusion (constatée seulement pendant l'opération). Cependant, l'exception n'élude pas la règle et, le plus habituellement, une température au-dessus de la normale est plus en faveur d'une péritonite, qu'en faveur d'une occlusion ; or, la température, dans le cas particulier, était sensiblement à la normale.

Enfin, le jour de l'examen de la malade, c'est-

à-dire le 24 à dix heures du soir, les accidents remontaient déjà à quatre jours, et il est clair que, dans une péritonite par perforation par exemple, la malade n'eût pas conservé l'état général que nous venons de décrire.

Mais, si la péritonite était assez facile à éliminer, l'occlusion n'était pas très aisée à affirmer ; car, enfin, la malade rendait des gaz de temps à autre ; elle n'avait que des vomissements porracés et le ventre n'était pas ballonné du tout. Cependant la suppression absolue des selles, malgré des lavements, jointe à ce symptôme très important, que la malade rendait tous les aliments qu'elle prenait, firent penser à une occlusion probable et décidèrent à intervenir.

*Quels signes pouvaient faire penser à une occlusion par bride ?* — Deux symptômes seulement permettaient d'y penser. D'abord, ces douleurs vives dans le ventre, qui survenaient de temps à autre et qui duraient depuis cinq ou six mois, pouvaient en effet, faire songer à la possibilité d'une ou de plusieurs poussées de péritonite subaiguë qui auraient déterminé la formation d'adhérences ou de brides. Ensuite la douleur violente et brusque du début avait aussi une certaine valeur. Mais les autres symptômes ne pouvaient en rien éveiller l'idée d'un étranglement par bride. Ces étranglements-là sont en effet le plus habituellement complets et

il s'accompagnent alors d'une très grande acuité dans les accidents et d'un affaissement considérable de l'état général. Or, rien de semblable ne pouvait être relevé dans notre observation.

*Pouvait-on reconnaître le siège de l'étranglement* ? Lejars, écrit dans son *Traité de chirurgie d'urgence*, à l'article « occlusion intestinale, » l'observation suivante : « Un malade soigné pour une coxalgie ancienne, est pris brusquement de vomissements ; il rend, presque aussitôt, la moindre quantité de liquide. Après une première selle, dans la journée, l'arrêt stercoral devient complet. Pourtant l'abdomen ne se météorise pas et le ballonnement reste localisé à la région sus-ombilicale. Le facies s'altère, le pouls faiblit rapidement. La laparotomie permet de trouver une bride épaisse qui enserre et coude l'origine du jejunum ».

Dans les étranglements très haut situés, il n'y a pas, en effet, de météorisme étendu, puisque ce dernier réside sur les portions de l'intestin qui sont en amont de l'obstacle et que, dans ces étranglements, on touche presque à l'origine de l'intestin. Si l'étranglement est duodénal, on peut même n'avoir aucun ballonnement ; de plus, les vomissements sont bilieux, mais ne sont jamais fécaloïdes.

Dans l'observation V l'étranglement ne s'accompagnait pas de météorisme, ni de vomisse-

ments fécaloïdes. Ce n'est que sur le lit d'opération, sous la résolution chloroformique, que l'on s'aperçut d'une légère voussure, au-dessus et à gauche de l'ombilic. L'existence de cette voussure, jointe à l'absence des vomissements fécaloïdes, à la présence exclusive de vomissements bilieux et porracés, à la douleur à maximum à gauche et au-dessus de l'ombilic, à l'arrêt des matières, et d'une façon moins complète à l'arrêt des gaz, fit penser que l'étranglement devait siéger très haut. Or, l'opération que nous avons décrite, fit voir que la voussure, située à gauche et au-dessus de l'ombilic, tenait au côlon transverse rempli de matières fécales. Tout l'intestin grêle était aplati, revenu sur lui-même, quoique contenant quelques gaz, et c'est seulement, à quelques centimètres de la valvule de Bauhin, que l'on aperçut deux anses intestinales latérales qui étaient réunies par une bride fibreuse passant au-devant d'une anse intercalaire et l'aplatissant fortement. Cette anse comprimée s'opposait au libre cours des matières intestinales ; mais la bride ne lui étant pas circulaire, de temps en temps les gaz s'échappaient et il y avait ainsi une occlusion aiguë incomplète, avec absence de météorisme. Pourquoi la malade n'eut-elle pas de vomissements fécaloïdes ? Cela s'explique moins bien. Quant à l'absence des phénomènes généraux graves, elle n'est pas trop surprenante, car, on l'a fait re-

marquer avec raison, leur intensité « est plutôt en rapport avec l'étroitesse de l'étranglement qu'avec son siège ».

Voilà donc un exemple d'occlusion intestinale aiguë incomplète qui simulait un étranglement duodénal.

### Diagnostic de la cause.

Si le diagnostic du siège n'était pas facile, celui de la cause ne l'était pas beaucoup plus. On ne pouvait pas s'arrêter à l'idée d'une invagination aiguë, car il n'y avait pas de selles du tout et par conséquent pas de selles dysentériques, sanglantes, glaireuses, contenant des débris d'intestin sphacélé ; il n'y avait pas de ténesme, pas de tumeur molle, cylindrique, mobile, etc.

D'autre part, la petite malade de douze ans, n'avait jamais eu d'attaque franche d'appendicite ; à peine avait-elle accusé quelques douleurs, de loin en loin, dans la fosse iliaque droite ; et ces douleurs, au moins à son arrivée à la maison Dubois, étaient marquées, quant à leur importance par leur maximum à gauche de l'ombilic. Or, l'opération a permis de découvrir des traces de péritonite péri-cœcale et péri-appendiculaire. L'appendice était lui-même un

peu congestionné et si on se rappelle que la malade s'était plainte de souffrir quelquefois dans la fosse iliaque droite, on ne sera pas éloigné de penser qu'une poussée de péritonite péri-appendiculaire ait pu déterminer la formation de la bride ayant donné lieu à des phénomènes d'occlusion.

### Indications thérapeutiques.

Fallait-il temporiser, ou fallait-il intervenir ?

Le facies était bon ; le pouls était bien frappé et ne dépassait guère 90 chez une enfant de 12 ans ; la température était à peu près normale, la douleur à gauche n'était pas excessive (la glace l'avait calmée) ; enfin il n'y avait pas de météorisme, pas de vomissements fécaloïdes et la malade rendait de loin en loin quelques gaz.

Il semblerait donc, à la lecture des symptômes précédents, que l'on eût pu temporiser. Nous ne le croyons pas, car la malade vomissait tous les liquides qu'elle prenait. Elle avait une rétention absolue des matières depuis cinq jours et quant à celle des gaz, si elle était moins complète, elle n'en était pas moins réelle. Or, ce sont ces derniers caractères qui sont décisifs dans le diagnostic d'occlusion intestinale. Il fallait

donc intervenir et il le fallait d'autant plus, que, à défaut de sphacèle et de perforation possible, il y avait encore à redouter d'autres accidents qui auraient été le fait de l'auto-intoxication déterminée par les produits septiques accumulés dans l'intestin au-dessus de l'obstacle et continuellement résorbés.

« C'est qu'alors, dit Guinard, l'organisme est imprégné des toxines microbiennes et saturé des poisons stercoraux.

Le péritoine s'infecte absolument comme le sac d'une hernie étranglée et l'infection se fait au travers des parois des anses intestinales en amont de l'obstacle.

D'autres complications sont encore à craindre la congestion pulmonaire, les pneumonies, les broncho-pneumonies dûes à l'infection colibacillaire, l'introduction dans les bronches des liquides des vomissements, l'inflammation putride du tissu rétro-péritonéal, la septicémie, la phlébite avec embolie pulmonaire, les abcès emboliques du foie, l'ictère par compression du foie ou des voies bilaires ».

Dans la revue de Hayem, 1888, Pierre Delbet donne l'analyse d'un travail de Lenhartz intitulé « *Du traitement de l'occlusion intestinale aiguë* ». Les idées de cet auteur nous paraissent confirmer notre manière de voir, aussi nous n'hésitons pas à les résumer ici.

« Le plus souvent, ce qui empêche la laparo-

tomie et ce qui compromet ses résultats, c'est l'état général des malades ; aussi, au lieu de perdre un temps précieux à affiner le diagnostic, il faudrait, dès qu'on a constaté l'occlusion, transporter le malade dans un service de chirurgie. Le lavage de l'estomac, dans le cas d'occlusion aiguë, a de grands avantages, mais, comme l'opium, il a l'inconvénient de tromper le médecin et le malade sur les dangers du mal. Aussi, faut-il poser, comme règle, la nécessité d'opérer dans tous les étranglements internes à forme aiguë », dès que le diagnostic est établi.

## CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale aiguë par brides est quelquefois d'un diagnostic difficile ; mais les difficultés sont souvent considérables quand elle est incomplète.

2° L'occlusion aiguë incomplète simule parfois l'étranglement duodénal.

3° Il est de la plus grande importance, pour pouvoir songer à l'existence de brides péritonéales, de rechercher s'il y a eu des poussées de péritonite, dans les antécédents du malade.

4° Dès que le diagnostic d'occlusion est bien étayé, on doit intervenir, et, sauf un état général très grave qui oblige l'opérateur à pratiquer un anus contre nature, on devra faire une laparotomie exploratrice.

---

Vu : le président de la thèse
TILLAUX.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

## BIBLIOGRAPHIE


**Fitz.** — Amer. journ. of méd. sc. juillet 1882, et Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale aiguë dans « Boston méd. and. surg. journal, nov. 1888, pages 445-449-493 ».

**Jalaguier.** — Article occlusion intestinale du Traité de chirurgie (Duplay et Reclus).

**Terrier.** — Bulletin de la société de chirurgie, 1879, page 564.

**Fleury.** — Archives générales de médecine 1838, 3e série, tome I, page 102.

**Guinard.** — Article occlusion intestinale du traité de chirurgie (Le Dentu et Delbet).

**Lejars.** — Traité de chirurgie d'urgence, à l'article, occlusion aiguë.

**Carpenter.** — Plaidoyer en faveur de la laparotomie précoce dans l'occlusion intestinale (Journal of the amer. med. association, 30 août 1890, page 308).

**Hayem.** — Revue des sciences médicales.

**Girode.** — Société anatomique, janvier 1887.

**Pilliet et Gesland.** — Société anatomique, mars 1896.

**Potier.** — Société anatomique, avril 1892.

**F. Trèves.** — De l'obstruction intestinale, ses variétés, pathologie, diagnostic et traitement. Londres, 1884.

**Lenhartz.** — (Deut. med. Woch. page 907, n° 42, 1887) Zur behandlung der acuten inneren Darmwerschliessung. (Traitement de l'occlusion intestidale aiguë).

**L. Galliard.** — Traité de médecine de Brouardel et Gilbert. Art. occlusion intestinale.

**Dieulafoy.** — Manuel de médecine. Article occlusion intestinale.

**Peyrot.** — Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

**Cahier.** — Les occlusions aiguës de l'intestin. Bibl. Charcot-Debove, Paris, 1896.

**Bauby.** — L'occlusion intestinale, Masson, Paris.

Jouve et Boyer, impr. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris